**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**REGISTRO DE PROJETOS DE ENSINO E/OU LIGAS**



| 1-Título: | | |
| --- | --- | --- |
| 2- Curso: Curso ao qual o projeto estará vinculado | | |
| 3- Coordenador(a)**:** | 4- Fone: | 5- E-mail: |
| 4- Fanpages: |  |  |



| 6- Resumo: | |
| --- | --- |
| 7- Equipe (Nome/Matrícula/Função/Curso): | 8 - Semestre de Abertura: |
| 9- Parceiros: | |



| 10 – Como coordenador me comprometo a anualmente realizar relatório das atividades realizadas no projeto de ensino descrito, bem como renovar o Projeto a cada 5 anos.  Autorizo ainda a publicação das informações do projeto de ensino nas páginas do CCS | |
| --- | --- |
|  | Data: / /  Assinatura/carimbo: |



| **Parecer e Aprovação Coordenação de Curso:** | Data: / /  Assinatura/carimbo: |
| --- | --- |